

DEMANDE D'ADHÉSION
2019

NED'S EXPAT



L'assurance en plus facile.

Êtes-vous déjà client chez APRIL International Care France ? OUI NON Si oui, veuillez indiquer votre numéro client : C

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

ASSURÉ(S) Identité de la personne/des personnes à assurer

Si l'assuré a plus de 2 enfants à charge, faire une photocopie de la page 2 et la compléter.

Civilité de l'assuré principal : Madame Monsieur Date de naissance : / /

Nom de l'assuré principal :

Prénoms de l'assuré principal :

Pays de naissance : Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger : FRANCE

Adresse de résidence :

Profession précise :

Secteur d'activité :

E-mail :

(cet e-mail vous permettra d'accéder à votre Espace Client)

► Pour les assurés bénéficiant d'un régime obligatoire français :

Numéro de Sécurité sociale française : Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale :

1

Civilité du conjoint : Madame Monsieur Date de naissance : / /

Nom du conjoint :

Prénoms du conjoint :

Pays de naissance : Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger : FRANCE

Adresse de résidence :

Profession précise :

Secteur d'activité :

► Pour les assurés bénéficiant d'un régime obligatoire français :

Numéro de Sécurité sociale française : Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale :

Nom du 1^{er} enfant à charge :

Prénoms du 1^{er} enfant à charge :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

► Pour les assurés bénéficiant d'un régime obligatoire français :

Numéro de Sécurité sociale française : Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale :



1

Nom du 2^{ème} enfant à charge :

Prénoms du 2^{ème} enfant à charge :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

► Pour les assurés bénéficiant d'un régime obligatoire français :

Numéro de Sécurité sociale française : Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale :

2

ASSURÉ PRINCIPAL Adresse de correspondance souhaitée

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : + /

Téléphone mobile : + /

Votre correspondance (attestation d'assurance, Conditions générales, décomptes de remboursements...) vous sera adressée par e-mail. En cas de couverture au 1^{er} euro, votre carte d'assuré vous sera envoyée par courrier.

Je choisis la langue dans laquelle je souhaite recevoir ma correspondance : français anglais

3

ADHÉRENT = PAYEUR DE LA COTISATION

- L'assuré principal est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner les informations ci-dessous)
- Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré principal

Particulier Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : + /

Téléphone mobile : + /

E-mail :

(cet e-mail vous permettra d'accéder à votre Espace Client)

Je choisis la langue dans laquelle je souhaite recevoir ma correspondance : français anglais



CHOIX DES GARANTIES

- Adhésion : individuelle couple famille
Formule souhaitée : Formule Hospitalisation Formule Intégrale
Offre souhaitée : Option 150 Option 300
Type de couverture : en complément d'un régime obligatoire français au 1^{er} euro (sans régime obligatoire français)

ATTENTION : en cas de choix d'une couverture en complément d'un régime obligatoire français, veuillez joindre une photocopie de votre attestation d'affiliation à votre régime d'assurance maladie.

► Cotisation annuelle TTC : , € **A**

Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :

- par virement sur un compte ouvert en France sans frais à votre charge (joindre un RIB à la Demande d'adhésion).

Choix de la date d'effet : / / 2019 (le 1^{er} ou le 16 du mois uniquement)

(sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant la réception de la Demande d'adhésion)

Calcul et règlement de la cotisation

Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées :

CHOIX DE LA PÉRIODICITÉ DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION :	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées :	
	Prélèvement sur un compte en euro domicilié dans un des pays de la zone SEPA	Chèque
Annuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semestriel	<input type="radio"/>	
Trimestriel	<input type="radio"/>	
Mensuel	<input type="radio"/>	

Calcul de la cotisation annuelle

Total des cotisations annuelles TTC : , € **A**

Frais d'adhésion annuels en complément des garanties choisies : **+** , € **B**

Soit une cotisation totale* sur 12 mois de : **A** + **B** : , € **C**

*À la date du 1^{er} janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

Total de ma 1^{ère} cotisation : , €

Votre 1^{ère} cotisation correspond au prorata de la cotisation annuelle relatif à la période de couverture de la date d'effet de votre contrat au 31/12/2019. Le calcul de celle-ci doit également tenir compte de la périodicité de paiement sélectionnée.

Règlement de ma 1^{ère} cotisation :

- par chèque à l'ordre d'APRIL International Care France.
 par carte de paiement (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées)

Veuillez renseigner les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu à cet effet en page 19.

Règlement des cotisations suivantes :

- par prélèvement SEPA (veuillez nous adresser un RIB et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-joint).
 par chèque à l'ordre d'APRIL International Care France.

Vos appels de cotisations sont disponibles sous format électronique : ceux-ci vous seront adressés par e-mail et sont accessibles en ligne dans votre Espace Client.



SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association CMUNF, et en fonction des garanties choisies aux conventions souscrites par elle auprès d'Axéria Prévoyance, pour les assurés inscrits sur la Demande d'adhésion.

Je déclare avoir pris connaissance du Document d'information sur le produit d'assurance référencé Ne2019IPID et des Conditions générales, valant note d'information, référencées Ne 20191E ou Ne 2019RO selon le type de couverture sélectionnée, notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Care France. Mon adhésion est renouvelée par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat pour une durée d'un an. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL International Care France sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

En signant la demande d'adhésion, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère personnel.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL International Care France met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL International Care France met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'organisme assureur et à APRIL International Care France en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Pour mesurer et améliorer la qualité de service, les échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec APRIL International Care France, sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels les données de personnes concernées ne peuvent être communiquées qu'à APRIL International Care France, ses partenaires et sous-traitants.

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL International Care France à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Dans le cadre de l'adhésion au contrat en complément de la Sécurité sociale française, ma caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL International Care France.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL International Care France soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, FRANCE soit par e-mail à dpo.AICF@april.com.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, nous vous informons qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle vous pouvez vous inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'organisme assureur et APRIL International Care France de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Je m'engage à informer l'ensemble des personnes concernées par la présente adhésion, de leur qualité d'assuré, et à leur transmettre les informations qui me sont communiquées par APRIL International Care France concernant le traitement de leurs données personnelles et les droits dont elles bénéficient.

Je reconnais que l'adhésion au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.

Je reconnais que les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder les montants qui m'ont été facturés. Je conviens qu'APRIL International Care France me demande de déclarer les garanties de même nature que j'aurais pu souscrire auprès d'autres organismes assureurs et que certaines prestations sont soumises à l'application de délais d'attente.

Je reconnais que les organismes assureurs ne prendront pas en charge les coûts considérés comme déraisonnables et inhabituels compte tenu de la localité où ils ont été engagés.

Dans le cadre de l'adhésion au contrat au 1^{er} euro, je m'engage à reverser à APRIL International Care France toute somme qui me serait reversée par tout organisme de Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

Je reconnais que les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit français et la langue française.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances français.

Je souhaite recevoir par e-mail des informations sur les offres des partenaires d'APRIL.

Fait à le / /

Signature(s) de l'assuré principal et de son conjoint précédée(s) de la mention « **Lu et approuvé** » :

Signature de l'adhérent (si différent de l'assuré principal) précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

Cachet Assureur-conseil
+ Code APRIL International Care France

1 2 2 9 5

Assurances Secara 3000
5-7 place Saint Clément
38480 Pont de Beauvoisin
FRANCE



PROFIL DE SANTÉ

(À COMPLÉTER **UNIQUEMENT** EN CAS DE CHOIX DE COUVERTURE AU 1^{ER} EURO)

1

Ce Profil de santé est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2019, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2019 et le 30/06/2019.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions **1a)**, **1b)** et **14** ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.

Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

Pour toute adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale à vos frais est obligatoire et un rapport médical fourni par APRIL International Care France doit être complété.

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions car vos déclarations vous engagent. Ce Profil de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'organisme assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires.

Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais.

Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Profil de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion.

Le Profil de santé ci-dessous devra être complété et envoyé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL International Care France. Conformément à la loi française du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL International Care France à l'adresse mentionnée ci-dessus.

8

NOM :		PRÉNOM(S) :	
DATE DE NAISSANCE : [][]/[][]/[][][][][][][]		TAILLE : [][][][] cm	
		POIDS : [][][][] kg	
1	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour motif médical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][]
	b) Au cours des 10 dernières années , avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pour motif médical pendant plus de 15 jours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][] Fin : [][][][][][][][]
	c) Êtes-vous reconnu porteur d'une infirmité ou atteint d'une invalidité/incapacité partielle ou totale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Laquelle : Date de début : [][][][][][][][] Origine ou cause : Pourcentage d'incapacité permanente ou invalidité : [][] %
2	Êtes-vous atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie : Traitement et/ou suivi : Date du diagnostic : [][][][][][][][]
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date de l'accident : [][][][][][][][] Localisation des séquelles : Nature des séquelles :
4	a) Bénéficiez-vous actuellement d'un traitement médical ou paramédical (médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, actes laser) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][] Durée de traitement :
	b) Avez-vous bénéficié, au cours des 5 dernières années , pendant plus de 15 jours, d'un traitement médical ou paramédical (médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, actes laser) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][] Durée de traitement :



PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

(À COMPLÉTER UNIQUEMENT EN CAS DE CHOIX DE COUVERTURE AU 1^{ER} EURO)

1

5	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné (y compris pendant moins de 24 heures) dans un établissement médical (clinique, hôpital, maison de santé, unité psychiatrique) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, biopsie, arthroscopie, angioplastie), - bilans et examens spécialisés, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, <p>sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales, des végétations et de l'appendicite ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Date : <input type="text"/></p> <p>Motif du séjour :</p> <p>Durée du séjour :</p> <p>Résultats :</p> <p>Traitement prescrit :</p>
6	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selles), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler, Holter) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, PET-scan, scintigraphie, IRM, endoscopie, coloscopie, gastroscopie, radiologie, mammographie) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Date : <input type="text"/></p> <p>Type d'examen :</p> <p>Motif de l'examen :</p> <p>Résultats :</p> <p>Traitement prescrit :</p>
7	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait mesurer votre tension artérielle par un médecin ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Si oui, quelles étaient les valeurs ? :</p>
<p>8 Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :</p>			
8	<p>a) Respiratoire (asthme, bronchite chronique, tuberculose, insuffisance respiratoire ou toute autre affection respiratoire) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>b) Cardio-vasculaire (hypertension artérielle, phlébite, infarctus, AVC ou toute autre affection cardiovasculaire) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>c) Ophthalmologique/ORL (glaucome, cataracte, cécité (même unilatérale), surdité, ou toute autre affection ophtalmologique, ORL) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>d) Articulaire (cervicalgie, hernie discale, sciatique, lumbago, polyarthrite ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>e) Dermatologique (eczéma, psoriasis, lupus ou toute autre affection dermatologique) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>f) Digestive (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, varices œsophagiennes, maladie du foie, du pancréas ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>



PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

(À COMPLÉTER **UNIQUEMENT** EN CAS DE CHOIX DE COUVERTURE AU 1^{ER} EURO)

1

Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :		
8	g) Neuromusculaire (épilepsie, myopathie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, d'Alzheimer, démences ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	h) Endocrino-métabolique (thyroïde, diabète, cholestérol, maladie de l'hypophyse ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	i) Urino-rénale (maladies des reins, des voies urinaires ou toute autre affection du système urinaire et rénal) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	j) Génitale (endométriose, maladie de la prostate ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	k) Nerveuse (dépression, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie, troubles alimentaires ou toute autre affection psychique ou psychiatrique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	l) Tumeur/Cancer (leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute autre affection cancéreuse) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	m) Autres maladies (infectieuses, virales, parasitaires ou hématologiques, paludisme, hépatite ou affections nécessitant une surveillance médicale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
9	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Virus : Date de l'examen : [] <i>(vous ne devez répondre OUI à cette question que si le résultat à l'un de ces tests est positif)</i>
10	Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Motif médical : Date de début de la pathologie : [] Traitement(s) :
11	Dans les 6 derniers mois, avez-vous fait l'objet d'un examen (laboratoire, imagerie médicale) ou d'un bilan médical complémentaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Motif médical : Nature du bilan ou des examens : Date : [] Résultats :
12	Est-il prévu dans les 6 prochains mois que vous passiez des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie ou tout autre examen médical), consultiez un médecin spécialiste ou fassiez l'objet d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Motif médical : Date des examens prévus : [] Nature des examens prévus : Date du traitement prévu : [] Nature du traitement prévu : Durée du traitement prévu : Spécialité du médecin consulté :

8



PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

(À COMPLÉTER **UNIQUEMENT** EN CAS DE CHOIX DE COUVERTURE AU 1^{ER} EURO)



13	Est-il prévu dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties du contrat, que vous subissiez une hospitalisation y compris en ambulatoire (opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement ou tout autre motif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif médical : Date envisagée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Durée du séjour :
14	Avez-vous dans les 5 dernières années été accepté avec des exclusions ou des surprimes, refusé ou résilié par l'assureur d'un contrat d'assurance santé ou prévoyance (I.J., incapacité, décès) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif de l'exclusion, de la surprime ou du refus :

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions :

Pour faciliter le traitement de votre demande, vous pouvez apporter des détails supplémentaires concernant votre état de santé.

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8

LES MÉDECINS CONSEILS DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'organisme assureur (art. L113-8 du Code des assurances français).

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du présent contrat.

Fait à le / /

Signature de l'assuré précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :



PROFIL DE SANTÉ

(À COMPLÉTER UNIQUEMENT EN CAS DE CHOIX DE COUVERTURE AU 1^{ER} EURO)

2

Ce Profil de santé est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2019, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2019 et le 30/06/2019.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions **1a**), **1b**) et **14** ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.

Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

Pour toute adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale à vos frais est obligatoire et un rapport médical fourni par APRIL International Care France doit être complété.

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions car vos déclarations vous engagent. Ce Profil de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'organisme assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entrainera des demandes complémentaires.

Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais.

Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Profil de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion.

Le Profil de santé ci-dessous devra être complété et envoyé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL International Care France. Conformément à la loi française du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL International Care France à l'adresse mentionnée ci-dessus.

8

NOM :		PRÉNOM(S) :		
DATE DE NAISSANCE : [][]/[][]/[][][][][][][]		TAILLE : [][][][] cm		POIDS : [][][][] kg
1	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour motif médical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][][][]	
	b) Au cours des 10 dernières années , avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pour motif médical pendant plus de 15 jours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][][][] Fin : [][][][][][][][][][]	
	c) Êtes-vous reconnu porteur d'une infirmité ou atteint d'une invalidité/incapacité partielle ou totale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Laquelle : Date de début : [][][][][][][][][][] Origine ou cause : Pourcentage d'incapacité permanente ou invalidité : [][] %	
2	Êtes-vous atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie : Traitement et/ou suivi : Date du diagnostic : [][][][][][][][][][]	
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date de l'accident : [][][][][][][][][][] Localisation des séquelles : Nature des séquelles :	
4	a) Bénéficiez-vous actuellement d'un traitement médical ou paramédical (médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, actes laser) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][][][] Durée de traitement :	
	b) Avez-vous bénéficié, au cours des 5 dernières années , pendant plus de 15 jours, d'un traitement médical ou paramédical (médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, actes laser) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][][][] Durée de traitement :	



PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

(À COMPLÉTER **UNIQUEMENT** EN CAS DE CHOIX DE COUVERTURE AU 1^{ER} EURO)

2

5	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné (y compris pendant moins de 24 heures) dans un établissement médical (clinique, hôpital, maison de santé, unité psychiatrique) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, biopsie, arthroscopie, angioplastie), - bilans et examens spécialisés, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, <p>sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales, des végétations et de l'appendicite ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Date : <input type="text"/></p> <p>Motif du séjour :</p> <p>Durée du séjour :</p> <p>Résultats :</p> <p>Traitement prescrit :</p>
6	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selles), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler, Holter) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, PET-scan, scintigraphie, IRM, endoscopie, coloscopie, gastroscopie, radiologie, mammographie) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Date : <input type="text"/></p> <p>Type d'examen :</p> <p>Motif de l'examen :</p> <p>Résultats :</p> <p>Traitement prescrit :</p>
7	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait mesurer votre tension artérielle par un médecin ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Si oui, quelles étaient les valeurs ? :</p>
8	<p>Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :</p>		
	<p>a) Respiratoire (asthme, bronchite chronique, tuberculose, insuffisance respiratoire ou toute autre affection respiratoire) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>b) Cardio-vasculaire (hypertension artérielle, phlébite, infarctus, AVC ou toute autre affection cardiovasculaire) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>c) Ophtalmologique/ORL (glaucome, cataracte, cécité (même unilatérale), surdité, ou toute autre affection ophtalmologique, ORL) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>d) Articulaire (cervicalgie, hernie discale, sciatique, lumbago, polyarthrite ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>e) Dermatologique (eczéma, psoriasis, lupus ou toute autre affection dermatologique) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
<p>f) Digestive (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, varices œsophagiennes, maladie du foie, du pancréas ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : <input type="text"/></p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>	



PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

(À COMPLÉTER **UNIQUEMENT** EN CAS DE CHOIX DE COUVERTURE AU 1^{ER} EURO)

2

Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :			
8	g) Neuromusculaire (épilepsie, myopathie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, d'Alzheimer, démences ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	h) Endocrino-métabolique (thyroïde, diabète, cholestérol, maladie de l'hypophyse ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	i) Urino-rénale (maladies des reins, des voies urinaires ou toute autre affection du système urinaire et rénal) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	j) Génitale (endométriose, maladie de la prostate ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	k) Nerveuse (dépression, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie, troubles alimentaires ou toute autre affection psychique ou psychiatrique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	l) Tumeur/Cancer (leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute autre affection cancéreuse) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	m) Autres maladies (infectieuses, virales, parasitaires ou hématologiques, paludisme, hépatite ou affections nécessitant une surveillance médicale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
9	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Virus : Date de l'examen : [] <i>(vous ne devez répondre OUI à cette question que si le résultat à l'un de ces tests est positif)</i>
10	Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif médical : Date de début de la pathologie : [] Traitement(s) :
11	Dans les 6 derniers mois, avez-vous fait l'objet d'un examen (laboratoire, imagerie médicale) ou d'un bilan médical complémentaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif médical : Nature du bilan ou des examens : Date : [] Résultats :
12	Est-il prévu dans les 6 prochains mois que vous passiez des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie ou tout autre examen médical), consultiez un médecin spécialiste ou fassiez l'objet d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif médical : Date des examens prévus : [] Nature des examens prévus : Date du traitement prévu : [] Nature du traitement prévu : Durée du traitement prévu : Spécialité du médecin consulté :

8



PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

(À COMPLÉTER **UNIQUEMENT** EN CAS DE CHOIX DE COUVERTURE AU 1^{ER} EURO)

2

13	Est-il prévu dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties du contrat, que vous subissiez une hospitalisation y compris en ambulatoire (opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement ou tout autre motif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif médical : Date envisagée : Durée du séjour :
14	Avez-vous dans les 5 dernières années été accepté avec des exclusions ou des surprises, refusé ou résilié par l'assureur d'un contrat d'assurance santé ou prévoyance (I.J., incapacité, décès) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif de l'exclusion, de la surprime ou du refus :

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions :

Pour faciliter le traitement de votre demande, vous pouvez apporter des détails supplémentaires concernant votre état de santé.

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8

LES MÉDECINS CONSEILS DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'organisme assureur (art. L113-8 du Code des assurances français).

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du présent contrat.

Fait à le / /

Signature de l'assuré précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :



LES DIFFÉRENTES ÉTAPES COMPOSANT VOTRE ADHÉSION :



**Vous complétez votre Demande d'adhésion et l'adrezsez à Assurances SECARA 3000.
Pour vous aider, retrouvez nos conseils en dernière page ou contactez-nous.**

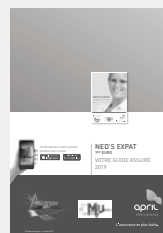
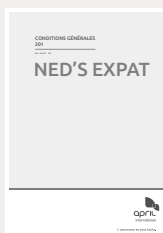


Nous traitons votre demande dès réception.



Vous recevez ensuite :

- votre **Certificat d'adhésion** valant attestation d'assurance,
- un **nouvel exemplaire de vos Conditions générales** détaillant le fonctionnement de votre contrat,
- votre **carte d'assuré** reprenant les numéros d'urgence à composer notamment en cas de besoin d'assistance ou avant une hospitalisation (si vous avez choisi une couverture au 1^{er} euro)
 - votre **carte de tiers payant** (si vous avez choisi une couverture en complément d'un régime obligatoire français),
- votre **Guide assuré**, résumant le fonctionnement de votre contrat et tous les contacts utiles.



Merci d'adresser votre Demande d'adhésion complète à :

**Assurances SECARA 3000
5-7 place Saint Clément
38480 Pont de Beauvoisin
FRANCE**



Si vous renoncez à votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous
et l'adresser à APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

RENONCIATION

Article L.112-9 du Code des assurances français

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, ou en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre simple pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre simple en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours à compter du lendemain du jour de la signature de votre Demande d'adhésion ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la Demande d'adhésion au contrat ci-après :

Nom du contrat : **Ned's Expat Réf. Ne 20191E ou Ne 2019RO**

Date de signature de la Demande d'adhésion : / /

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal :

Ville :

Pays :

N° de téléphone :

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal :

Ville :

Pays :

N° de téléphone :

Date et signature de l'adhérent :

Réservé à APRIL International Care France : n° client





DONNÉES RELATIVES AU PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE

Si vous sélectionnez le paiement par carte, conformément aux Délibérations de la CNIL n° 2013-358 du 14 novembre 2013, les données relatives à cette carte de paiement seront conservées pour la réalisation de la transaction (paiement effectif) et détruites à l'issue du délai de rétractation.

Type de carte : Eurocard-Mastercard Visa

Numéro de carte : / / / Date d'expiration : /

Les 3 derniers chiffres du numéro imprimé au dos (Cryptogramme Visuel) :

Titulaire de la carte :



J'ADHÈRE

- A. Renseignez vos informations personnelles ①, ② et ③.
- B. Choisissez vos niveaux de garanties ④.
- C. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute ⑤.
- D. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu ⑥.
- E. Dated et signez votre Demande d'adhésion dans la partie ⑦.
- F. Dated, complétez et signez le(s) Profil(s) de santé en cas de choix d'une couverture au 1^{er} euro ⑧.
- G. Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais d'attente applicables à la garantie frais de santé, joignez le Certificat de radiation de votre précédent contrat accompagné du détail des garanties dont vous bénéficiez
- H. ● Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :
 - joindre un chèque en euro à l'ordre d'APRIL International Care France, *OU*
 - indiquer les coordonnées de votre carte de paiement en page 19 de la Demande d'adhésion.● Pour vos cotisations suivantes, veuillez compléter le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos échéances par prélèvement automatique.
- I. Joignez un RIB.
- J. Joignez la photocopie de votre attestation d'affiliation à votre régime d'assurance maladie en cas de choix d'une couverture en complément d'un régime obligatoire français.

J'envoie le tout à
Assurances SECARA 3000 - 5-7 place Saint Clément
38480 Pont de Beauvoisin - FRANCE

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée dès réception de votre dossier complet par APRIL International Care France.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un Certificat d'adhésion (valant attestation d'assurance), sur lequel figurent les garanties sélectionnées et la date d'effet de votre contrat.

Votre contrat débutera à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant de la réception de votre dossier d'adhésion complet.

april International Care

Siège social :
14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE
Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



L'assurance en plus facile.